



## Demande d'admission Clinique de l'Iroise

Afin de pouvoir accueillir au mieux les patients que vous nous adressez, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et nous le faire parvenir par messagerie sécurisée à [iroise@enovacom.easycrypt.fr](mailto:iroise@enovacom.easycrypt.fr), à défaut par mail : [admissions@cliniquedeliroise.fr](mailto:admissions@cliniquedeliroise.fr) ou par fax au 02.98.03.45.90

Médecin adresseur et téléphone : .....Médecin traitant : .....

Nom / Prénom du patient:..... Date de Naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : .....

Numéro de téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Mutuelle : .....  CMU  ALD PSY  ALD NON PSY

Hospitalisation Complète

Joindre ordonnances en cours de validité et apporter les boîtes de traitements non psychiatriques à l'admission

Hospitalisation de Jour

Joindre ordonnances en cours de validité

Motif d'hospitalisation : .....

Antécédents somatiques : .....

.....

.....

Antécédents psychiatriques : .....

.....

.....

Autonomie alimentaire :

Régime alimentaire : .....

Repas mixé

Aide au repas

Autonomie dans les déplacements :

Risque de chute

Aide

Utilisation canne, déambulateur, fauteuil roulant

Autonomie dans l'élimination :

Incontinence

Port de protection

Porteur BMR

Porteur BHRE

Allergies : .....

.....

Précautions particulières : .....

.....

Médecin référent souhaité :  Indifférent  Dr Chauvel  Dr Dubois  Dr Sabri  Dr Westphale

Date souhaitée d'admission : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du Médecin adresseur:

*Réservé à l'établissement :*

Accord

Refus

Motif .....

.....

Signature Médicale et Date

Signature Administrative et Date

Signature coordinatrice de soins et Date

Couverture Mutuelle

Chambre seule

Chambre Grand Confort

Ordonnances fournies avec la demande